

## 小児救急救命講習参加申込書

平成 28 年 6 月 22 日(水)開催の「小児救急救命講習」に下記の通り申し込みます。

申込日:平成 28 年 月 日

事業所名			
所在区	区	連絡先:TEL	-

順位	参加者 氏名	性別	希望時間帯 (○で囲む)	希望する時間帯で参加ができない場合(○で囲む)
1			第 1 回(9:30~) 第 2 回(13:15~)	・別の時間帯で参加を希望する ・参加を希望しない
2			第 1 回(9:30~) 第 2 回(13:15~)	・別の時間帯で参加を希望する ・参加を希望しない
3			第 1 回(9:30~) 第 2 回(13:15~)	・別の時間帯で参加を希望する ・参加を希望しない

※ 優先順位の高い方を、上から順に記入してください。

6 月 13 日(月)までに名古屋市子ども福祉課にFAXでお申込みください。

申込先:名古屋市子ども青少年局子ども福祉課 TEL:972-2520 FAX:972-4438
----------------------------------------------------